

ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», г. Москва

Сёмкин В.А., Иванова А.А.

DIAGNOSIS OF SECONDARY MAXILLOFACIAL LYMPHEDEMA

National Medical Research Center "Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery", Moscow

V.A. Semkin, A.A. Ivanova.

В статье представлены данные по клинической и ультразвуковой картине лимфедемы челюстно-лицевой области. Проведен анализ предрасполагающих факторов возникновения лимфедемы челюстно-лицевой области. Показана необходимость проведения ультразвуковой диагностики для постановки диагноза и визуализации мягких тканей в зоне нарушения лимфодренажа.

Ключевые слова: лимфедема, отёк, диагностика, ультразвуковое исследование

The article presents data on the clinical and ultrasound picture of lymphedema in the maxillofacial region. The analysis of the predisposing factors for the occurrence of lymphedema in the maxillofacial region was conducted. The need for ultrasound diagnostics for the diagnosis and visualization of soft tissues in the area of lymphatic drainage is shown.

Key words: lymphedema, edema, diagnostics, ultrasound investigation

Лимфедема в челюстно-лицевой области является актуальной проблемой из-за сложности диагностики и отсутствия эффективных методов лечения данной патологии. Она приводит к значительным эстетическим и функциональным нарушениям, в том числе жизненно важным, что в последствии значительно ухудшает качество жизни и психологический статус человека [1]. Согласно классификации Е. Allen (1934 г) лимфедема может быть первичной, возникающей в результате врожденной недостаточности лимфатических сосудов и/или узлов, и вторичной, возникающей в результате лимфатической обструкции или разрушения лимфатических сосудов и узлов после травмы, при метастатическом поражении лимфатических узлов, лучевом повреждении лимфатических сосудов и узлов, филяриозе, инфекции и воспалении, часто в результате комбинированного лечения онкологических больных [2]. В настоящее время лимфедема области головы и шеи зачастую остается без внимания. По данным литературы ее возникновение в челюстно-лицевой области связано в основном с

лечением пациентов с онкологическими заболеваниями (лучевой терапией и хирургическим лечением) [1,3-5]. Однако, зачастую приходится сталкиваться с пациентами, у которых развитие лимфедемы имеет иную этиологию. Ранняя диагностика и оценка степени тяжести лимфедемы необходимы для ее эффективного лечения. На сегодняшний день не существует стандартной методики для оценки лимфедемы головы и шеи. Среди методов, описанных в литературе, диагноз ставится на основании изучения истории болезни и внешнего осмотра. Большинство из этих методов связаны с оценкой конечностей и их трудно применить к области головы и шеи, поскольку они осуществляются путем измерения объема и окружности [4]. Динамическое наблюдение без необходимого лечения приводит к тому, что лимфедема постепенно переходит в стадию фиброзно-жировых изменений, вследствие чего развиваются косметические и функциональные осложнения, часто необратимые [5]. В связи с этим должны проводиться дальнейшие исследования с целью поиска стандартов диагностики пациентов с лимфедемой челюстно-лицевой области.

Цель исследования – разработать практические рекомендации по клинической и ультразвуковой диагностике пациентов с вторичной лимфедемой челюстно-лицевой области.

Задачи исследования:

1. Определить основные этиологические факторы и клинические симптомы лимфедемы челюстно-лицевой области;
2. Соотнести степень тяжести структурных изменений в тканях в зависимости от длительности заболевания;
3. Определить основные ультразвуковые критерии диагностики лимфедемы челюстно-лицевой области.

Материалы и методы

В основу данного исследования положено изучение комплексного обследования и эффективности лечения 15 пациентов с диагнозом лимфедема челюстно-лицевой области, находящихся на амбулаторном лечении в отделении хирургической стоматологии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России с 2020-2021 год в возрасте от 18 до 70 лет. Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, внешний осмотр и осмотр полости рта, пальпацию мягких тканей челюстно-лицевой области, рентгенологическое исследование (при необходимости), ультразвуковое исследование.

При сборе анамнеза заболевания уделялось внимание наличию этиологических факторов возникновения лимфедемы челюстно-лицевой области: операции в челюстно-лицевой области, травма челюстно-лицевой области, предшествующие инвазивные косметические процедуры (установка нитей, введение филлеров), наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции, воспалительные заболевания лимфатических узлов, онкология челюстно-лицевой области, также учитывалось время имеющихся клинических проявлений.

При внешнем осмотре оценивались следующие параметры: цвет кожных покровов лица (наличие или отсутствие гиперемии), наличие послеоперационных или посттравматических рубцов, локализация и размер отека, ширину открывания рта, сохранность мимики в зоне локализации отека.

При пальпации мягких тканей челюстно-лицевой области оценивалось наличие боли в зоне отека, плотность тканей в зоне отека и сравнение с контралатеральной стороной, наличие уплотнений, очагов флюктуации, размеры, подвижность и болезненность региональных лимфатических узлов.

При осмотре полости рта оценивалось состояние зубных рядов, с целью обнаружения зуба, являющегося источником инфекции. Также проводилось рентгенологическое исследование (ОПТГ или КЛКТ).

Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование мягких тканей челюстно-лицевой области. Оценивались ткани в зоне патологического очага, а также на контралатеральной стороне (толщина тканей, дифференцировка тканей на слои, структура тканей, расширение лимфатических сосудов). Также при помощи УЗИ по стандартному методу оценивалось состояние региональных лимфатических узлов.

Ультразвуковое исследование проводили с использованием аппарата MyLabTwice (Esaote, Италия) с линейными мультимодальными датчиками от 3 до 13 МГц для визуализации более глубоких слоев тканей и от 10 до 22 МГц для визуализации поверхностных слоев тканей.

Данные методы обследования были необходимы для дифференциальной диагностики с отеками при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Результаты и обсуждение

Основными жалобами пациентов являлись наличие припухлости на лице различной локализации, чувство тяжести в зоне наличия припухлости, скованность движений в зоне припухлости. При этом большая часть пациентов с данными жалобами обращалась за медицинской помощью в другие лечебные учреждения. В ходе обследования либо не был поставлен диагноз, либо был поставлен неправильный диагноз (гнойно-воспалительное заболевание челюстно-

лицевой области). В таком случае проводилось вскрытие «гнойных очагов», что приводило к ухудшению клинической картины.

Таблица 1

*Этиологические факторы в развитии лимфедемы
челюстно-лицевой области (n=15)*

Этиологические факторы	Количество больных (n=15)	
Операции в ЧЛО	7	46,6%
Травмы в ЧЛО	0	0%
Инвазивные косметические процедуры	3	20%
Наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции	1	6,7%
Воспалительные заболевания лимфатических узлов	3	20%
Онкология	1	6,7%
Всего	15	100%

Исходя из данных, представленных в таблице 1, 7 больным (46,6%) до появления лимфедемы проводились операции в челюстно-лицевой области – вскрытие абсцессов и флегмон, периостотомия, удаление доброкачественных новообразований. Выявлено, что пятая часть больных (20%) посещала косметологов с целью проведения нитевого лифтинга и введения филлеров. Воспалительные заболевания лимфатических узлов (20%) также являются предрасполагающим фактором в развитии лимфедемы (даным пациентам был поставлен диагноз паротит Герценберга). У одной пациентки имелась последняя фаза лимфаденопатии – фолликулярная инволюция и лимфоидное истощение лимфатических узлов, что соответствует поздней клинической стадии ВИЧ-инфекции. Она пациентка имела в анамнезе перенесенную операцию по резекции половины языка и лимфодиссекции поднижнечелюстных и шейных групп лимфатических узлов с правой стороны, а также химиотерапию.

Таблица 2

Сроки проявления у пациента клинических симптомов заболевания

Сроки проявления симптомов	Количество больных (n=15)	
До 1 месяца	8	53,34%
От 1 до 6 месяцев	2	13,33%
Больше 6 месяцев	5	33,33%
Всего	15	100%

Исходя из данных, представленных в таблице 2, 8 пациентов (53,34%) обратились в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» на ранних сроках проявления заболевания (до 1 мес), 2 пациента (13,33%) через месяц от начала клинических проявлений, 5 пациентов (33,33%) через полгода от начала клинических проявлений.

У всех больных (100%) с лимфедемой челюстно-лицевой области температура тела при обращении была в норме.

У всех пациентов (100%) при внешнем осмотре отмечалось наличие отека той или иной локализации. Кожные покровы были нормальной окраски в 100% случаев. У двух пациентов отмечалось затруднение открывания рта (13,3%). У трех пациентов (20%) с паротитом Герценберга отмечалась болезненность при пальпации в зоне отека (околоушно-жевательная область). Также у данной группы пациентов при пальпации определялись увеличенные и слегка болезненные лимфатические узлы в околоушно-жевательной области. У остальных больных (80%) боль при пальпации отсутствовала и региональные лимфатические узлы не пальпировались. Флюктуация отсутствовала у 100% пациентов. У 8 пациентов (53,3%) имелись послеоперационные рубцы со стороны кожных покровов и/или на слизистой полости рта. При осмотре полости рта и рентгенограмм не было выявлено зубов, которые могли бы стать причиной воспалительного поражения челюстно-лицевой области.

При ультразвуковом исследовании у всех пациентов (100%) наблюдалось увеличение толщины тканей в зоне нарушения лимфодренажа по сравнению с контралатеральной стороной. У всех пациентов (100%) наблюдалось нарушение дифференцировки тканей на слои (кожа, подкожно-жировая клетчатка, фасция), диффузное повышение эхогенности тканей в зоне нарушения лимфодренажа, а также расширенные лимфатические сосуды. У трех пациентов (20%) с поздней стадией лимфедемы наблюдались УЗИ-признаки дегенеративных изменений по типу фиброзно-жировой трансформации (табл. 3).

Таблица 3

Ультразвуковые критерии лимфедемы

Ультразвуковой критерий	Количество больных (n=15)	
Увеличение толщины тканей	15	100%
Нарушение дифференцировки тканей на слои	15	100%
диффузное повышение эхогенности тканей	15	100%
наличие расширенных лимфатических сосудов	15	100%
УЗИ-признаки дегенеративных изменений по типу фиброзно-жировой трансформации	3	20%

У трех пациентов (20%) с паротитом Герценберга помимо описанных признаков лимфедемы наблюдались признаки изменения околоушной железы: увеличение линейных размеров околоушной железы, повышение эхогенности паренхимы, увеличение внутрижелезистого лимфатического узла, с расширением лимфатических сосудов в паренхиме железы, а также расширение афферентных лимфатических сосудов одного или нескольких регионарных лимфатических узлов.

Анализ клинической и ультразвуковой картины заболевания показывает фиброзно-жировую трансформацию в тканях на более поздних сроках заболевания, что объективно прослеживается при ультразвуковом исследовании челюстно-лицевой области.

Выводы

Лимфедема челюстно-лицевой области является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежит нарушение лимфоотока на фоне онкологического поражения лимфоузлов, послеоперационных осложнений, травм в челюстно-лицевой области, инвазивных косметологических манипуляций (введение филлеров, установка лифтинговых нитей и прочее), воспалительного поражения лимфатических узлов и др.

Лимфедема челюстно-лицевой области является сложным в диагностике заболеванием, требующем тщательного обследования пациента, включающего сбор жалоб и анамнеза, внешний осмотр и осмотр полости рта пациента, пальпацию мягких тканей челюстно-лицевой области, рентгенологическое обследование челюстно-лицевой области, а также обязательное ультразвуковое исследование мягких тканей. Перечисленные методы обследования необходимы для выявления этиологии лимфедемы, дифференциальной диагностики с воспалительными заболеваниями, а также для определения стадии лимфедемы и тактики лечения пациентов.

Обследование пациентов показало, что длительное существование заболевания без соответствующего лечения приводит к фиброзно-жировым изменениям в мягких тканях, которые, по данным литературы, не поддаются консервативному лечению.

Основными ультразвуковыми диагностическими критериями лимфедемы челюстно-лицевой области являются: увеличение толщины тканей, диффузное повышение эхогенности тканей, нарушение дифференцировки тканей на слои, расширенные лимфатические сосуды в зоне нарушения лимфодренажа.

Список литературы:

1. Smith B.G., Lewin J.S. Lymphedema management in head and neck cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;18(3):153–8. DOI:10.1097/MOO.0b013e32833aac21
2. Коненков В.И., Бородин Ю.И., Любарский М.С. Лимфология. Новосибирск: Манускрипт; 2012.
3. Pigott A., Nixon J., Fleming J., Porceddu S. Head and neck lymphedema management: Evaluation of a therapy program. Head & Neck. 2018;00:1–7. DOI:<https://doi.org/10.1002/hed.25086>
4. Deng J., Ridner Sh.H., Aulino J.M., Murphy B.A. Assessment and measurement of head and neck lymphedema: State-of-the-science and future directions. Oral Oncology. 2015;1:431–437.
5. Deng J., Wulff-Burchfield E.M., Murphy B.A. Late Soft Tissue Complications of Head and Neck Cancer Therapy: Lymphedema and Fibrosis. J Natl Cancer Inst Monogr. 2019;2019(53):63-71. DOI:10.1093/jncimonographs/lgz005